



MODELOS DE CALIDAD  
ASISTENCIAL  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

# Modelos de calidad en Atención Primaria. Opina SEMERGEN

**Dra. Paloma Casado Pérez**

*MÉDICO DE FAMILIA. VOCAL DE LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL  
DE SEMERGEN. MIEMBRO DEL GRUPO DE TRABAJO DE GESTIÓN  
DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE SEMERGEN*

# 1. Importancia y aportación de la calidad asistencial en el desarrollo actual de la Atención Primaria

Desde hace más de 20 años, venimos hablando de calidad en el ámbito sanitario, desde los primeros conatos de implantación de sistemas de control de calidad, con la experiencia pionera del Programa Ibérico, hasta el momento actual en que se intentan implantar de forma sistematizada diversos modelos de gestión de calidad en los diferentes niveles asistenciales. Generalmente, los médicos hemos vivido las referencias al término «calidad asistencial» como algo lejano, que nos venía impuesto desde instancias superiores, desde la Administración, y con un sentido de control de nuestra actividad. Nada más lejano de la realidad, ya que la tendencia a hacer lo mejor posible nuestro trabajo, hablando en términos coloquiales, es consustancial al ejercicio de la medicina, y en esto consiste el fondo de la Gestión de la Calidad.

Las actividades de mejora de calidad deben ser inherentes a los procesos de planificación y evaluación propios del nivel de Atención Primaria. Desde la década de los ochenta, el INSALUD ha abordado varias perspectivas de calidad en Atención Primaria, estableciendo criterios de calidad, así como su seguimiento y evaluación. Se priorizó la actuación sobre las siguientes dimensiones:

- Calidad científico-técnica, y calidad de la prescripción farmacéutica.
- Establecimiento de criterios, indicadores y estándares dentro de las Normas Técnicas Mínimas de la cartera de servicios.
- Accesibilidad del usuario a los servicios sanitarios, mediante la adopción de sistemas organizativos que facilitan su utilización para el conjunto de los ciudadanos.
- Calidad percibida, encuestas de satisfacción del usuario y estudio de las reclamaciones.
- Programas de Mejora de la Calidad, implantados en las Áreas de Salud desde 1998, buscando la implicación de los equipos de AP.

Desde 1994, el INSALUD ha ido incorporando el compromiso y evaluación de objetivos de mejora de calidad en los Contratos de Gestión anua-

les, incentivando la consecución de este tipo de objetivos de calidad asistencial junto al resto de los objetivos del contrato.

Finalmente, y con la intención de establecer un marco legal que garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud, se publica el 28 de mayo de 2003, en el *Boletín Oficial del Estado*, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; ley de referencia para la organización del sistema sanitario español en las nuevas condiciones de descentralización completa de su gestión, estableciendo el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación entre las distintas Administraciones públicas sanitarias del Estado. Éste es el marco legislativo en el que nos movemos y desde el que debemos modificar cada nivel asistencial para lograr los objetivos finales planteados.

Dentro de un marco más general, podemos distinguir tres puntos de vista diferentes para aproximarnos a la gestión de la calidad. Primero, trabajamos dentro de un sistema sanitario (servicio público de salud) cada día más preocupado por sus resultados y por cuánto cuesta conseguirlos. Como todos sabemos, la tecnología es cara, los tratamientos farmacológicos también han ido incrementando su precio progresivamente, mientras que los recursos destinados a sanidad no se han implementado en el mismo porcentaje. Hemos vivido inmersos en la cultura del bienestar, donde la salud cobra una especial relevancia, donde no se comprende el ahorro de recursos para solucionar un problema de salud por nimio que sea. Dentro de este ámbito, la aplicación de criterios calidad asistencial es de una gran importancia, ya que nos hace plantearnos cómo ser más eficientes (obtener los mismos resultados con el menor coste posible, estudios de uso de nuevas tecnologías, benchmarking...).

Otro punto a tener en cuenta es que los ciudadanos (nuestros clientes potenciales) son cada vez más exigentes, recaban y reciben más información de muy diferentes fuentes y, muy importante, tienen derecho a participar en las decisiones sobre su propia salud, debiendo el profesional respetar su autonomía. En respuesta a esta situación, el modelo de gestión de calidad total incluye, clara y definitivamente, la orientación al cliente como uno



de sus rasgos fundamentales. Se trata de ofrecer los productos o servicios que necesitan, en el momento que los necesitan y al mínimo coste, e ir adaptando nuestra organización a las expectativas de la sociedad actual. Este concepto de calidad significa una globalización que nos conduce a contemplar la calidad como un elemento de gestión integral de todas las actividades de la empresa. Hay que conocer quién son nuestros clientes y definir cuál es nuestro producto. Se trata de hacer las cosas de otra manera, es una nueva cultura, una nueva forma de entender las relaciones entre las personas y de organizar el trabajo. Pero orientarse hacia el cliente no significa olvidar a las personas responsables de dar el servicio en nombre de la empresa; es obvio que no podemos esperar que profesionales desmotivados, en contacto con los clientes, sean capaces de obtener buenos resultados de satisfacción.

El tercer factor a tener en cuenta es el factor humano: los profesionales que trabajan en el sector sanitario. Hoy en día, vivimos inmersos en la cultura de la medicina basada en la evidencia, que persigue la erradicación de prácticas que no hayan demostrado un beneficio claro para el paciente, y promueve la aplicación de actuaciones de eficacia probada, todo ello bases conceptuales de la calidad asistencial y de una de las dimensiones que nos preocupan más a los médicos: nuestro nivel de competencia clínica. Pero, hoy por hoy, la atención sanitaria se caracteriza por la variabilidad: tenemos casos de alta y baja calidad que coexisten en el sistema que, en general, dependen de las diferentes formas de actuación de cada profesional. La variabilidad aumenta a medida que el sistema sanitario se vuelve más complejo. El control de calidad tiene como objetivo la determinación de la magnitud y las causas de esta variabilidad, y su modificación hacia el punto deseado, la intervención se plantea mediante acceso a la formación continuada, implementación de guías clínicas consensuadas, gestión por procesos...

Si aceptamos la definición de H. Palmer: «El objetivo fundamental de un sistema de garantía de calidad sería el de hacer más efectiva la asistencia médica, mejorando el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a la asistencia sanitaria», podemos entender que introducir la cultura de la gestión de calidad como pilar básico de nuestra cultura de empre-

sa de servicios de salud, daría lugar a un estilo nuevo de organización, como refiere P. Saturno en capítulos anteriores: la aplicación de la gestión de la calidad debe afectar a todos los ámbitos de la organización para lograr el objetivo final de la *calidad total*.

*¿Qué beneficios nos puede reportar el implantar sistemas de calidad sistemáticamente en nuestro trabajo?:*

- El médico tiene un reciclaje continuado, ya que la empresa debe asegurar su formación continua, para hacer que sus profesionales mantengan a lo largo del tiempo un nivel de competencia científico-técnica adecuado.
- Abarata costes; esto es algo probado (eliminamos el coste de la «NO calidad»).
- Aumenta la satisfacción de los pacientes, ya que la organización se adapta a sus necesidades y están atendidos por los mejores profesionales.
- Mejora la satisfacción de los proveedores (profesionales sanitarios), que asumen la responsabilidad final del producto, ya que tienen una percepción de control del proceso, al participar en los grupos de mejora de la calidad. Tienen algo que decir y aportar y se tiene en cuenta.

La gestión de la calidad total es un proceso y, como tal, a diferencia de un programa, tiene un principio pero no un final. Para su implementación es esencial partir de una plena comprensión del sentido que tiene gestionar la calidad.

## 2. ¿Hay un modelo de calidad mejor que otro para ser aplicado en Atención Primaria?

La respuesta a esta pregunta podría ser que todo vale; lo importante es que dentro de nuestra organización funcione un sistema de control que nos permita detectar «fallos» o áreas de mejora, implantar medidas correctoras, que se establezcan sistemas de evaluación de los resultados de dichas medidas para su posterior monitorización, básicamente el ciclo

de mejora continua, cualquier modelo que facilite dicho proceso puede resultar válido.

Las herramientas de gestión deben ayudarnos a reflexionar, de forma abierta y creativa, sobre nuestras organizaciones, y deben facilitar el desarrollo profesional de las personas. Nos deben permitir identificar las actividades de carácter estratégico que más afecten a nuestra eficiencia, de forma que posteriormente puedan serle aplicadas medidas correctoras.

El problema surge del origen de los modelos más utilizados actualmente ISO, JCAHO y EFQM. Por un lado, recordemos que son principalmente sistemas de acreditación y que tienen origen en el mundo industrial (excepto la JCAHO). Esto da lugar a que sea necesaria su modificación para poderse aplicar en el sector sanitario, más aun si hablamos de un Sistema Público y más aun si los queremos situar en nuestro ámbito de trabajo como médicos de familia. Como refiere P. Saturno, los tres modelos nos sirven para detectar problemas de nuestra organización, problemas que luego deberán incluirse en un ciclo de mejora, para que todo el proceso nos sea útil.

Las normas ISO-9000 (International Office of Standards) establecen un sistema de Garantía de Calidad por el que las empresas certificadas demuestran que trabajan conforme a unos procedimientos establecidos: producen sus servicios según unas normas de calidad establecidas, esto no asegura un producto final de calidad. Significa aplicar sistemáticamente métodos de análisis, corrección y mejora.

La JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations), como se ha expuesto en el primer capítulo de este documento, evalúa 11 funciones clave y cuatro estructuras con funciones, verificando el cumplimiento de una serie de estándares para cada apartado; funciones centradas en:

- El paciente: derechos, asistencia, educación sanitaria, continuidad de la asistencia, ética de la organización.
- La organización: liderazgo, gestión de la asistencia y su entorno, gestión de la información, programas de mejora de la organización, prevención y control de la infección (hospital).

- Estructuras con funciones: gobierno, dirección de área, profesionales médicos, profesionales de enfermería.

Es el único modelo de origen sanitario (hospitalario), y, por lo tanto, su lenguaje es de fácil comprensión por parte de los profesionales, se utiliza principalmente para acreditar instituciones, de forma que se puedan establecer comparaciones entre ellas. En el campo de la Atención Primaria quedarnos en este nivel resulta insuficiente.

El objetivo principal del modelo EFQM es difundir la cultura de la gestión de la calidad total (CGT) en el ámbito empresarial, introducir el concepto de mejora continua en el modo de trabajo de cualquier tipo de organización y a todos los niveles de la misma; para esto, se crea un modelo de autoevaluación que facilita a las empresas el análisis de cómo cumplen los criterios de calidad definidos por el grupo de expertos de la Fundación. Las empresas que superan adecuadamente la evaluación (aplicación del modelo original y realización de una memoria) y la revisión realizada por el EFQM, obtienen el grado de excelentes.

Este modelo es aplicable a cualquier tipo de organización y goza de una gran difusión y aceptación a nivel industrial. Su utilización en el sector sanitario, en cambio, está poco desarrollada dada su complejidad y la necesidad de un aprendizaje previo de su sistemática.

La idea básica que desarrolla la EFQM es que la satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, gestión de las personas, alianzas y recursos que se aplican a los procesos de la organización, conducen finalmente a la excelencia en los resultados. Las principales ventajas y dificultades de este modelo se detallan en la tabla 1.

El enfoque de la autoevaluación nos permite conseguir el examen global y sistemático de todas las actividades que se realizan y compararlas con el patrón de excelencia propuesto. El modelo está diseñado para aplicarlo implicando a todos los miembros del equipo directivo, que deben formar un equipo evaluador que analice y llegue a acuerdos sobre cada criterio evaluado, mediante consenso.

Tabla 1. **Ventajas y dificultades del EFQM**

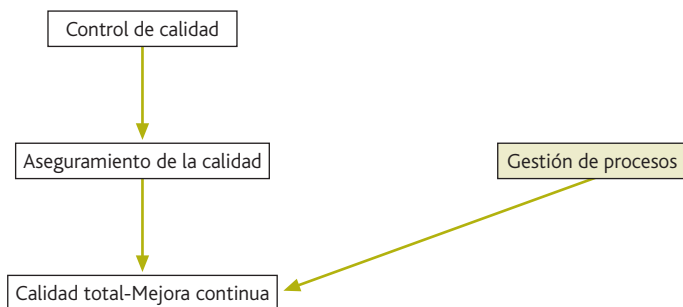
Ventajas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Aporta instrumentos de análisis metodológicamente correctos.</li> <li>— Posibilidad de aprender de nuestros errores.</li> <li>— Herramienta para identificar áreas de mejora.</li> <li>— Nos ofrece una fotografía de nuestra situación.</li> <li>— Nos permite conocer nuestros recursos para avanzar: puntos fuertes.</li> <li>— Oportunidad de interacción entre directivos y profesionales para ver los problemas de la organización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Método complejo y laborioso de aplicar.</li> <li>— Complicado de adaptar al sector sanitario.</li> <li>— Necesita la implicación de profesionales y directivos motivados en GCT.</li> <li>— No nos dice cómo hacer para mejorar.</li> <li>— No tomarlo como un fin en sí mismo (obtener una buena puntuación u obtener premios).</li> <li>— Necesidad de respaldo institucional que aplique políticas de apoyo al desarrollo de organizaciones de calidad.</li> <li>— Alto grado de subjetividad.</li> </ul>

El modelo EFQM consta de nueve criterios de evaluación, como ha quedado expuesto en capítulos anteriores, cada uno de los cuales consta de varios subcriterios (32 en total en el modelo original) y varias áreas de observación. Cada subcriterio, a su vez, tiene un peso específico y un sistema de puntuación.

Por todo ello, podemos deducir que es un modelo de gran complejidad, que conlleva una gran carga de trabajo burocrático y con un alto grado de subjetividad en la valoración de cada indicador, lo cual dificulta gravemente su aplicación en Atención Primaria, además tiene el inconveniente de no contar directamente con la participación de los miembros de los equipos de AP, si no que la autoevaluación la deben realizar los equipos directivos, lo que conlleva una falta posterior de implicación en los posibles procesos de mejora a implantar. Y reiterando lo que se ha expuesto en los anteriores capítulos para que la GCT sea una realidad cotidiana en nuestros centros de salud, es necesario lograr el compromiso activo de los miembros del equipo, además del compromiso formal de los directivos.

Otra opción a considerar como modelo es la **gestión por procesos**; toda empresa está constituida por una serie de unidades organizativas elementales (servicios, almacén, admisión...); el proceso es el aspecto «vivo» de estas unidades, su actividad y también el nexo de unión entre ellas; la European Foundation Quality Management define el proceso como la *«organización lógica de personas, energía, equipos y procedimientos en un área*

Figura 1. **Gestión de calidad por procesos. Evolución del concepto**



*de actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico».* La gestión por procesos es la forma de gestionar toda la organización, basándose en la visión del proceso como el devenir del paciente a través del sistema sanitario, desde que realiza su primera demanda por un problema de salud hasta que se finaliza su atención (figura 1).

La gestión de calidad por procesos permite orientar las actividades que realizan las personas hacia otras personas de la organización o hacia los clientes externos, implicando una reordenación de los flujos de trabajo, de forma que aporten valor añadido, encaminados a aumentar la satisfacción del cliente y facilitar la labor de los profesionales. La clave para comprender la gestión por procesos está en pensar

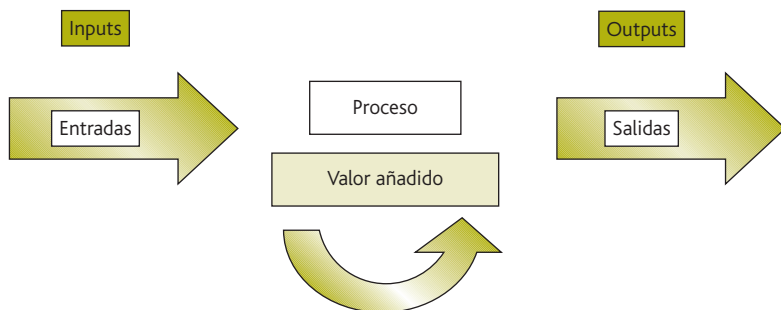
- en lo que hacemos;
- y preguntarnos por qué y para quién,
- no sólo en cómo lo hacemos (figura 2).

Si el eje de la producción son los procesos, la empresa deberá adaptarse y enfocar su organización y estructura a la consecución de los objetivos de estos procesos y gestionarlos de forma eficiente en el momento en que éstos tienen lugar.

Las posibles ventajas de este modelo son:

- Permite la mejora continua de los procesos clave de la unidad: los procesos asistenciales.

Figura 2. **Gestión de calidad por procesos. Procesos**

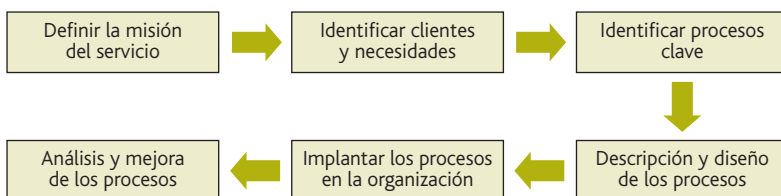


- Proporciona una visión integradora y no fragmentada de los procesos.
- Contribuye a disminuir su variabilidad, asegurando unos resultados previsibles, al estar cada proceso protocolizado.
- Facilita la coordinación entre los diferentes componentes/niveles asistenciales.
- Vincula la información de actividad y costes y favorece una gestión científica y, al mismo tiempo, flexible.

El método a seguir en la gestión por procesos es:

- Definición de la misión del servicio o unidad: lo primero es identificar a los clientes o destinatarios del proceso y sus necesidades.
- Identificación y priorización de aquellos procesos considerados clave.
- Elaboración de los mapas de procesos.
- Diseño de la forma más adecuada de abordaje de cada proceso asistencial (basándose en la mejor evidencia científica disponible).

Figura 3. **Metodología de la gestión por procesos**



- Implantación de los procesos en la organización.
- Evaluación de lo realizado y elaboración del Plan de Mejora Continua (figura 3).

### 3. ¿Hacia dónde debe ir el futuro de la gestión de calidad?

Como podemos comprobar, disponemos de diferentes formas de acercarnos a la gestión de calidad, todas ellas válidas, todas con ventajas e inconvenientes, todas posibles. En el apartado anterior hemos comentado las características principales de los modelos más usados en el sistema sanitario, todos ellos están orientados hacia la satisfacción de las necesidades del cliente, aunque en el modelo EFQM busca más el logro de la calidad total de la empresa evaluada.

El problema surge cuando analizamos la realidad en que se desarrolla nuestro trabajo cotidiano: elevada presión asistencial, alta carga de trabajo burocrático, descoordinación entre niveles asistenciales, escaso tiempo para dedicar a actividades de formación e investigación, baja remuneración salarial con relación al grado de responsabilidad que implica la asistencia médica. Si deseamos implementar sistemas de gestión de calidad, es evidente que éstos deben ser sencillos de aplicar, de bajo coste (tanto económico como en tiempo o en recursos humanos) y, sobre todo, que nos ayuden a encontrar posibles soluciones a todos los problemas —áreas de mejora— que acabamos de exponer.

En este contexto es fácil comprender que el modelo EFQM, a pesar de las modificaciones realizadas en diversas comunidades autónomas, para adaptarlo a la Atención Primaria, es un «traje» demasiado grande para los profesionales de «a pie»; además, al tener que ser realizado por el equipo directivo, sin la colaboración de los equipos, hace que éstos no se impliquen en las posibles medidas de mejora que se planteen. Las normas ISO y el modelo JCAHO, planteados como programas externos para acreditar los centros, se quedan fuera de las áreas de interés de los equipos de primaria de un sistema público, que no posibilita la elección por parte del ciudadano del centro, según la acreditación lograda.

Probablemente, para nuestro nivel asistencial el método de gestión por procesos con el ciclo de mejora continua, aplicándolo de forma conjunta, sea el sistema más accesible, operativo y funcional para los profesionales de los equipos de AP. El ciclo de mejora nos permite identificar, priorizar nuestras áreas de mejora, buscar sus posibles causas y opciones de solución; con la gestión por procesos, de la misma manera, identificamos los procesos implicados en esas áreas y procedemos a un nuevo diseño de los mismos, buscando una mejor atención a los problemas de salud de los ciudadanos.

Este tipo de metodología de la gestión de calidad es sencilla, parte de los propios implicados en los procesos (los miembros del equipo), no tiene por qué precisar recursos ajenos al propio Centro de Salud, los profesionales pueden modificar los procesos simplificándolos y haciéndolos más eficientes. Generalmente, la implementación de pequeñas medidas de mejora suelen dar lugar a resultados rápidos que producen una mayor motivación en los profesionales.

## 4. Conclusiones

1. La calidad debe formar parte consustancial de nuestra actividad como médicos; no es ético no intentar mantener el máximo nivel de competencia científico-técnica, y una actitud humanística en el trato con los pacientes.
2. El objetivo de lograr la calidad total debe ser el pilar fundamental donde se base la organización de nuestra empresa.
3. También los líderes deben implicarse al máximo en gestionar la empresa siguiendo criterios de calidad.
4. Los tres «modelos» pueden ser dinamizadores del compromiso con la calidad. Aunque *ninguno de los tres* garantiza la inexistencia de problemas de calidad una vez aplicados, probablemente, entre otras cosas, por el alcance necesariamente parcial de todos ellos.
5. Debemos potenciar un sistema de gestión de la calidad integrado en toda la organización, en el que cada nivel cumpla con su parte de responsabilidad, evaluando y mejorando aquello que es de su competencia.
6. El ciclo de mejora continua puede resultar una metodología de fácil implementación en los Centros de Salud, a través de grupos de tra-

- bajo formados por profesionales de base, con el que lograr la progresiva implicación de los clínicos en la gestión de calidad.
7. La gestión por procesos es un modelo asequible para implementar medidas de mejora en nuestros Centros de Salud, favoreciendo el trabajo en equipo y la orientación hacia el cliente de nuestra organización.
  8. La formación de un nuevo médico de familia es un proceso que se puede diseñar utilizando la metodología del diseño de la calidad, pudiendo utilizar el sistema IDEFO, consistente en el desarrollo de un modelo de funciones, integrado con un diseño básicamente gráfico y de sencilla comprensión.

## Bibliografía

1. Programa Anual 2003 de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria. En el Médico: Diario Electrónico de Sanidad. Disponible en <http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema1/apa2.htm> (on line), (consulta realizada el 30 de septiembre de 2005).
2. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Proyecto de investigación financiado por el FIS. Editado por MSD. Diciembre de 2001.
3. Fundación Europea para el Desarrollo de la Calidad. Disponible en [www.efqm.org](http://www.efqm.org). (on line), (consulta realizada el 24 de septiembre de 2005).
4. Lleras S. La utilización del modelo EFQM de calidad y su aplicabilidad en Atención Primaria. MEDIFAM 2002; 12 (10): 609-12.
5. Maderuelo JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. MEDIFAM 2002; 12 (10): 631-40.
6. Zarco J. Otros modelos de gestión de calidad en el sector sanitario. En: Ramírez D. Gestión de calidad en Atención Primaria: Guía Práctica. SEMERGEN; 2001.
7. Saturno PJ. Curso de calidad asistencial en Atención Primaria. Du Pont Pharma. Madrid; 1997.
8. Berger C, Guillard S. Descripción gráfica de los procesos. AENOR. Madrid; 2000.